N° 103.

DISSERTATION

SUR

LA COECO-COLITE,

OU

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE
DU COECUM ET DU COLON ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 juin 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR FRANÇOIS DOUSSAULT, de Craon,

Département de la Mayenne.

Cognitio morborum est materia remediorum. GALEN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine de Paris, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Président.*
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / LAENNEC, *Suppléant.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnabe.
Breschet.	Moreau, *Examinateur.*
Capuron.	Murat, *Examinateur.*
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau.	Ratheau.
De Lens.	Richard.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec, *Suppléant.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

DE LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Regrets éternels.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS.

Témoignage d'amitié et d'un inviolable attachement.

F. DOUSSAULT.

DISSERTATION

SUR

LA CŒCO-COLITE,

OU

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DU COECUM ET DU COLON.

Considérations générales.

Depuis que l'on apporte une attention plus particullère à l'étude des phlegmasies des voies digestives, on a senti l'utilité de *localiser* les affections dont elles sont le siége, afin de mieux en étudier les symptômes, et d'apprécier à leur juste valeur l'influence qu'elles exercent sur le reste de l'économie. Personne n'ignore l'avantage que l'on peut retirer d'une telle analyse pour arriver à un diagnostic plus positif, et en déduire des indications thérapeutiques plus rationnelles.

Les variétés que présentent les maladies de l'appareil gastro-intestinal dépendent principalement du lieu qu'elles occupent, du tissu ou de la partie constituante du tube digestif qu'elles affectent, et enfin de la nature particulière de l'altération de tissu qui les détermine.

C'est d'après ce principe que l'on a étudié, dans ces derniers temps, les altérations de la membrane séreuse, de la tunique musculeuse, de la couche cellulaire sous-muqueuse, de la membrane muqueuse et des glandes mucipares, d'où il résulte que le terme général de gastro-entérite, si souvent répété, si souvent invoqué, sans parfois en sentir la véritable signification, devient chaque jour plus précis, et ne donne plus aussi fréquemment lieu aux vives discussions dont il a été le sujet dans ces derniers temps.

Sous le rapport anatomique et physiologique, le tube digestif offre deux grandes divisions bien tranchées : 1.° l'estomac et l'intestin grêle; 2.° le cœcum et le gros intestin. On y remarque des différences de structure et de fonctions; ne doit-on pas y remarquer aussi, dans l'état pathologique, des différences de symptômes et d'altérations ?

§. I. *Différences de structure entre l'intestin grêle et le gros intestin.* Le gros intestin se divise, comme on le sait, en cœcum, colon et rectum. (Le rectum, qui n'est réellement que la continuation du colon, est susceptible d'éprouver les mêmes altérations que le reste du gros intestin; il peut être, en outre, le siége de maladies qui réclament des moyens chirurgicaux, telles que les tumeurs hémorrhoïdales, les rétrécissemens, les fistules, etc., de sorte que nous ne nous en occuperons pas d'une manière spéciale.)

On distingue, au colon, une portion lombaire droite, *colon droit ou ascendant;* une portion transversale, *colon transverse ou arc du colon;* une portion lombaire gauche, *colon gauche ou descendant;* et une portion iliaque ou *S romaine du colon.*

Sa forme déterminée par la membrane musculaire, au lieu d'être cylindrique comme dans l'intestin grêle, est celle d'un cylindre bosselé à l'extérieur, et présentant des cellules correspondantes à l'intérieur. Plusieurs parties de cet intestin, telles que le cœcum, le colon droit et le colon gauche, étant le plus ordinairement dépourvues, à leur face postérieure, de la membrane séreuse, sont fixées

contre les flancs. La couche cellulaire sous-muqueuse ne présente pas de différences : mais il n'en est pas de même de la membrane muqueuse, ordinairement plus pâle que celle de l'intestin grêle ; on n'y voit plus de vaisseaux chilifères, de valvules conniventes, et les villosités absorbantes sont aussi bien moins marquées. De moins en moins fongueuse et veloutée, elle devient lisse vers le rectum, où elle offre des rides longitudinales déterminées par la membrane musculaire ; on trouve dans toute sa longueur des enfoncemens alvéolaires analogues à ceux de l'estomac.

L'appareil folliculaire n'est point aussi développé dans le gros intestin que dans l'intestin grêle : celui-ci offre, en effet, des follicules muqueux discrets, et des follicules agminés ou glandes de *Peyer*. Ces amas de follicules, qui forment des plaques opaques et légèrement en relief, ne se rencontrent que dans la dernière portion de l'intestin grêle. Il n'existe dans le gros intestin que des follicules solitaires et isolés, abondans surtout vers ses deux extrémités.

Il n'est pas inutile de rappeler que la moitié inférieure du gros intestin reçoit ses vaisseaux d'un seul tronc, l'artère mésentérique inférieure.

§. II. *Différences de fonctions entre l'intestin grêle et le gros intestin.* D'après ces dispositions anatomiques, il est facile de reconnaître que les fonctions ne doivent plus être les mêmes. En effet, bien qu'on ait vu le chyme changer dans ses qualités apparentes, prendre plus de consistance, et devenir de plus en plus jaune en perdant la couche grisâtre qui le revêtait et ses parties les plus aqueuses, il arrive cependant dans la partie renflée du gros intestin, ne présentant encore rien de la nature des fécès; mais son séjour dans le cœcum, favorisé par sa forme et la disposition de la valvule de *Bauhin*, dont les deux lèvres s'appliquent l'une contre l'autre, et empêchent le reflux des matières dans l'intestin grêle, lui donne bientôt le véritable caractère des excrémens.

Il est bien évident que c'est par une élaboration digestive que

cette substance chymeuse acquiert une consistance plus ou moins grande, une couleur plus ou moins foncée, et une odeur fétide. (Quelques auteurs ont pensé que la sécrétion des plexus folliculaires de *Peyer* contribuait à donner aux matières intestinales l'odeur forte qu'elles ont; mais il est à remarquer que, chez quelques individus, ces glandes de *Peyer* sont à peine développées et peu apparentes, sans que pour cela l'odeur de ces matières soit moins prononcée.) Ces matières, qui sont alors fécales, examinées dans les divers points du gros intestin, n'y changent plus de caractère; seulement leur concentration augmente, ainsi que leur solidité, et leur couleur devient d'autant plus foncée que leur séjour est plus prolongé, et qu'elles occupent une partie plus voisine de l'anus.

On conçoit que pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire que les autres opérations digestives n'aient pas été troublées (car il n'y a que la substance chymeuse qui puisse être changée en fécès), et que les parties qui constituent cet intestin soient dans leur état physiologique. On doit juger d'après cela, combien l'examen des matières alvines, doit éclairer le diagnostic des maladies du tube digestif.

Il existe donc, entre la première et la seconde partie du tube intestinal, des différences d'organisation et de fonctions bien connues, et assez tranchées pour justifier la distinction que nous voulons établir entre l'ensemble des symptômes qui appartiennent à la gastro-entérite proprement dite, et celui des signes de la cœco-colite. Ne rencontrons-nous pas, dans tous les ouvrages de médecine pratique ou d'anatomie pathologique, des faits qui peuvent appuyer cette assertion? Ne lisons-nous pas à chaque instant que la valvule de *Bauhin* servait de limite à telle ou telle désorganisation du tube digestif? que le colon, ou même le cœcum seul était malade, tandis que l'intestin grêle était sain, et *vice versâ?* M. *Broussais*, dans l'Histoire des Phlegmasies chroniques, a fait une remarque qui vient confirmer ce que nous avançons ici: « Lorsque l'irritation a pris naissance dans le colon, elle ne franchit guère la valvule du cœcum, à moins que la phlogose ne s'étende rapidement, et dans certaines

prédispositions très-prononcées. » (Tom. 3, pag. 207.) Ce n'est donc pas sans fondement que nous insistons sur cette distinction, qui mérite réellement de fixer l'attention des médecins.

La démonstration d'un point de médecine pratique doit toujours être bâsée sur des observations cliniques à la fois nombreuses et authentiques; mais n'ayant pas encore recueilli assez de faits à l'appui de la question que je me suis proposé de traiter, et étant forcé, par plusieurs raisons, de faire promptement ce travail, j'ai eu recours à l'amitié de M. *Billard*, dont les recherches viennent d'éclairer l'histoire anatomique des phlegmasies du tube digestif. Je m'empresse de lui témoigner ici ma reconnaissance pour les observations intéressantes et les remarques judicieuses qu'il a bien voulu me communiquer.

Description générale.

De tous les temps, les auteurs ont distingué les maladies de l'intestin grêle de celles du gros intestin. Le mot *colique*, si anciennement connu, démontre que l'on supposait par là que la cause des douleurs abdominales qui portent ce nom, avait son siége dans le colon. Il est vrai que depuis l'on a abusé de ce mot pour le rapporter à une douleur quelconque existant dans l'abdomen, mais le sens primitif de cette expression n'en prouve pas moins que les premiers médecins qui l'ont employée avaient fixé spécialement leur attention sur les affections du colon.

On trouve dans *Celse*, dont l'ouvrage est, comme on le sait, le recueil de toutes les opinions médicales de son temps, le passage suivant, qui vient parfaitement à l'appui de notre distinction : « *In-*
« *trà ipsa verò intestina consistunt duo morbi quorum unus in te-*
« *nuiore, alter in pleniore est.* Diocles *Carystius, tenuioris intestini*
« *morbum* χορδαψὸν, *plenioris* εἰλεὸν *nominavit. A plerisque video*
« *nunc illum priorem* εἰλεὸν, *hunc* κωλικὸν *nominari.* » (Celsus *de re medicâ*, lib. 4, cap. 1, sect. 6.)

Dans des temps plus modernes, nous avons vu les nosologistes suivre encore cette distinction. *Sauvages*, sous le nom de *chordapsus*, ou d'*entérite colique*, indique une maladie inflammatoire ayant pour siége les circonvolutions du cœcum et du colon, et caractérisée par un sentiment de pesanteur dans les lombes, de la douleur, de la tension, une fièvre aigue, rarement des vomissemens.

Nous croyons pouvoir rapporter à l'inflammation aiguë ou chronique de la membrane muqueuse du gros intestin quelques-unes des maladies que les auteurs ont désignées par des noms différens, tels que *colique inflammatoire*, *colique stercorale*, *embarras intestinal*, *catarrhe des intestins*, *flux de ventre*, *flux cœliaque*, *flux de sang*, *melœna*, *diarrhée*, *dysenterie*, *fièvre dysentérique*, *tranchées*, *chordapsus*, *passion iliaque*, *constipation*, *obstruction*, etc.

§. I^er^. *Causes générales de la cœco-colite.* Indépendamment des causes qui sont directes ou indirectes, il existe encore des prédispositions individuelles et générales : telles sont la prédominence des appareils digestif et circulatoire, l'extrême facilité de la transpiration, l'existence des inflammations catarrhales. On observe plus particulièrement la cœco-colite chez les individus qui sont sujets à ces sortes de phlegmasies : les femmes y paraissent plus disposées que l'autre sexe; suivant les âges, les enfans et les vieillards en sont plus fréquemment affectés; parmi les saisons, l'été et l'automne, à cause des chaleurs excessives, et en général toutes les variations brusques de la température de l'atmosphère ; certaines professions, les espèces de vêtemens, l'habitation des lieux humides, la trop grande quantité, le défaut ou la mauvaise qualité des alimens.

La réunion d'un grand nombre d'individus, soumis du reste aux mêmes causes, constituera les épidémies ; ainsi, elles seront déterminées par la constitution atmosphérique régnante, surtout lorsque les individus y seront préparés par l'insalubrité des alimens, des boissons, des habitations, comme dans les garnisons, les camps, les villes assiégées, etc.

1.° Il y a des causes qui agissent directement sur le gros intestin, ou conjointement sur toutes les parties du tube digestif: tous les alimens de mauvaise qualité, ou tous ceux qui sont incomplètement digérés ; l'abus des fruits, des boissons trop acides, putréfiées, ou mal fermentées ; la longue série des médicamens plus ou moins stimulans, les purgatifs, et particulièrement l'usage de certains purgatifs agissant plus spécialement sur le gros intestin, tels que l'aloës, etc. ; la plupart des poisons, et notamment ceux que l'on a cru devoir indiquer sous les noms d'âcres et de corrosifs ; les émanations malfaisantes des hôpitaux, des lieux de dissection, et de tous ceux où il y a des matières en putréfaction ; l'intus-susception, l'introduction par les voies alimentaires de tous les corps étrangers qui, par leur action mécanique ou chimique, sont susceptibles de déterminer une lésion sur la membrane muqueuse avec laquelle ils sont en contact ; les concrétions biliaires et intestinales qui peuvent séjourner dans le gros intestin et amener des obstructions ; le développement plus ou moins considérable d'un organe voisin comprimant une partie quelconque de cet intestin ; enfin, toutes les causes qui peuvent troubler les fonctions du cœcum et du colon.

2.° D'autres causes agissent d'abord sur un organe qui est plus ou moins lié avec le gros intestin, ou elles portent leur action sur toute l'économie à la fois. Elles peuvent agir par continuité, par métastase, ou par sympathie. Ainsi l'inflammation peut s'étendre de l'estomac ou de l'intestin grêle au gros intestin ; se propager de la membrane séreuse à la membrane muqueuse ; survenir à la suite d'une phlegmasie d'autres membranes muqueuses, de la peau, etc., ou les remplacer : par exemple, la dentition, les abcès par congestion, et autres fixés dans les régions lombaires, la disparition brusque des irritations aiguës ou chroniques de la peau, telles que l'érysipèle, les dartres, etc., la suppression de certaines évacuations, la cessation intempestive de l'écoulement menstruel ou de toute autre hémorrhagie ; en un mot, l'interruption d'une irritation, d'une inflamma-

tion qui n'a point parcouru ses périodes ordinaires, ou la propagation de l'irritation d'un organe voisin.

Les causes générales sont les fatigues, la malpropreté, le refroidissement subit de la peau et surtout des membres inférieurs, principalement de la plante des pieds ou du siége ; l'action du froid humide, de la chaleur humide, ou des chaleurs excessives prolongées.

Le refroidissement d'une très-petite partie de la peau n'agit pas en diminuant la transpiration en général, puisque *Reil* a expérimenté qu'elle augmentait dans les autres parties. D'ailleurs, pour y suppléer, la membrane muqueuse n'aurait pas besoin d'un excès d'action bien grand. Ainsi, ce n'est pas la quantité supprimée de la matière qui cause l'altération, mais l'augmentation d'action de la membrane muqueuse par cet effet sympathique. (Leçons orales du professeur *Béclard.*) Voyez plus bas l'exemple cité par *Savanarola.*

§. II. *Symptômes généraux de la cæco-colite.* Ils doivent être distingués 1.° sous le rapport du siége de la maladie, 2.° du trouble de la fonction, 3.° de la nature de la douleur, 4.° de l'influence générale de la maladie sur l'économie.

1.° Le cœcum et le colon ayant une situation fixe dans l'abdomen, on pourra plus facilement constater le siége précis de leurs maladies, que celui des affections de l'intestin grêle dont les circonvolutions sont trop multipliées, et affectent une disposition trop irrégulière, pour qu'on puisse toujours assigner positivement le lieu qu'elles occupent : ainsi, par exemple, une douleur partant de la région iliaque droite, s'élevant vers la partie supérieure de l'abdomen qu'elle traverse pour descendre ensuite à la région iliaque opposée, doit faire croire qu'elle a pour siége le cœcum et le colon.

Le siége de la douleur pourra donc servir à faire reconnaître si l'inflammation occupe l'intestin grêle ou le gros intestin. Nous empruntons à *P. Franck* le passage suivant qui vient fortifier cette opinion : « Quoique le plus souvent la douleur et l'inflammation

« occupent tout l'abdomen, il est néanmoins des cas, surtout dès « le principe de la maladie, où l'on peut reconnaître l'intestin af- « fecté. Quand la douleur se fait sentir vers le milieu du ventre, aux « environs de l'ombilic, ordinairement les intestins grêles sont en- « flammés; dans ce cas, les substances introduites dans l'estomac « sont plutôt rejetées par le vomissement, que dans l'inflammation « des gros intestins. Lorsque les symptômes se prononcent davantage « auprès des reins, au-dessus du foie, de l'estomac, de la rate, « avec une apparence de pleurésie, d'hépatite, ou qu'il se présente « une espèce de corde tendue de l'un à l'autre hypochondre, l'in- « flammation occupe le cœcum ou le colon. Si la douleur est pro- « fondément fixée dans les lombes avec des envies fréquentes d'aller « à la selle, excrétion seulement d'un mucus tenace, ténesme, dy- « surie, gonflement des vaisseaux hémorrhoïdaux, le rectum en est « le siége. » (Article *Entérite*, tom. 2, p. 169.)

2.° Lorsqu'il survient une altération d'organe, il doit nécessairement en résulter une altération dans ses fonctions : or, toutes les fois que les excrémens ne présenteront point l'aspect qui leur est propre, seront rendus en plus ou moins grande quantité, que leur séjour dans le gros intestin semblera déterminer des douleurs, que le besoin de les rendre sera plus impérieusement et plus fréquemment senti, que leur évacuation sera suivie de quelque soulagement, qu'enfin tous ces signes coïncideront avec le siége de la douleur dont nous venons de parler, on devra en conclure encore que le cœcum et le colon sont malades.

3.° La sensibilité du gros intestin étant moins développée que celle des autres parties de l'appareil digestif, les douleurs dont le cœcum et le colon seront le siége, devront être moins vives, surtout si la membrane muqueuse seule est affectée; car on conçoit que, si la tunique péritonéale était enflammée, les douleurs excessives que déterminent la péritonite, se manifesteraient alors, et empêcheraient de distinguer le caractère particulier de la douleur résultant de la phlegmasie de la membrane muqueuse du gros intestin.

Morgagni n'était pas éloigné de penser que, si les douleurs iliaques étaient plus violentes que les coliques, cela pourrait dépendre, soit de la quantité des vaisseaux qui fait qu'on trouve les intestins grêles plus souvent enflammés que les gros, soit du nombre des nerfs. (Lettre 34^e^, *de la douleur des intestins.*)

Il est à remarquer que l'intensité de la douleur variera suivant les points malades de l'intestin ; c'est du moins ce que nous essaierons de démontrer.

Un des caractères particuliers de cette douleur est de reparaître avec plus d'intensité vers la fin de la digestion, lorsque les matières se trouvent en contact avec les surfaces enflammées, et de diminuer aussitôt après les évacuations intestinales.

4.° Les fonctions du gros intestin, étant, pour ainsi dire, plus mécaniques et moins vitales que celles de l'intestin grêle, exerceront sur les autres organes de l'économie une influence sympathique moins grande que les autres parties du tube digestif ; de sorte que les symptômes de réaction seront moins nombreux et moins graves ; quelquefois même la maladie sera purement locale.

Le cerveau, si fréquemment affecté lorsque l'estomac et l'intestin grêle sont le siége d'altérations profondes, n'offre souvent aucun trouble sympathique quand il existe une cœco-colite. On a vu des dysentériques arriver au terme de leur existence, sans qu'il se fût manifesté de délire. Bien qu'il ne paraisse pas exister de sympathies réelles entre le gros intestin et les organes de la respiration, on conçoit facilement, que, lorsque l'arc du colon sera violemment enflammé, ou qu'il s'y développera de vives douleurs, les mouvemens du diaphragme augmentant ces douleurs par le refoulement qu'ils exercent sur les organes abdominaux, il en résultera que la respiration sera gênée, entrecoupée, quelquefois même suffocante. Enfin, les rapports sympathiques du gros intestin avec l'estomac et l'intestin grêle, seront encore la source d'accidens plus ou moins graves. Ne remarque-t-on pas, en effet, que lorsqu'il existe une constipation, une inflammation du cœcum, un étranglement dans quelque partie du colon, le

malade est pris de nausées, et quelquefois de vomissemens? Mais il est important de noter qu'ici les nausées et le vomissement auront lieu moins fréquemment, et d'une manière moins prononcée, que lorsque l'étranglement ou l'inflammation auront pour siége l'intestin grêle. Voici une observation de *Scarpa* qui vient vérifier cette assertion.

« Un homme de vingt-huit ans, s'était introduit dans le rectum « une tige de bois, qui, par l'effet antipéristaltique de l'intestin, « remonta dans le colon, et y séjourna assez long-temps. Malgré l'irri- « tation continuelle produite par ce corps étranger dans le gros in- « testin, dit *Scarpa*, le malade éprouva par intervalles quelques « nausées, mais jamais de vomissement; ce qui est le contraire de « ce qui arrive, lorsque l'intestin grêle est violemment irrité. »

(*Opuscoli di chirurgia*, *di* Antonio Scarpa, vol. II, p. 189.)

Il est important de remarquer que dans le cours d'une inflammation du gros intestin, le malade conserve souvent beaucoup d'appétit, et s'expose, en le satisfaisant, au danger d'entretenir et d'augmenter sa maladie. C'est ce que prouvent les observations si intéressantes pour notre sujet, que M. *Broussais* a rapportées dans l'histoire des phlegmasies chroniques. (Tome II, pages 530, 534, 578.)

L'influence sympathique que nous signalons variera toutefois suivant que l'inflammation sera aiguë ou chronique. Dans l'état aigu, la réaction générale sera violente, et donnera lieu à tous les symptômes consécutifs que nous voyons se développer dans l'économie, quand il existe dans quelque organe une vive inflammation. Les effets sympathiques des affections du gros intestin passés à l'état chronique, ont été dès long-temps observés : la morosité profonde des hypochondriaques est souvent due à certaines altérations de tissu de l'une ou de toutes les tuniques du gros intestin ; on a été jusqu'à dire que le colon était toujours affecté chez les maniaques, et que même il offrait une transposition particulière. Sans admettre ici cette opinion assez hypothétique, nous croyons pouvoir la citer comme une preuve que les maladies du gros intestin ont assez sou-

vent coexisté avec l'hypochondrie, pour que quelques auteurs les aient considérées comme la cause de cet état mental. La seule conclusion rigoureuse que nous puissions tirer de ces considérations, c'est qu'en général les individus affectés d'une cœco-colite chronique, sont tristes et sans énergie ; s'il se joint une affection du foie à une affection du gros intestin, le malade présentera tous les symptômes de ce qu'on appelait autrefois des *obstructions*.

Il est un effet sympathique des maladies du gros intestin non moins utile à signaler que ceux dont nous venons de nous occuper ; je veux parler du réfroidissement général de la peau, et surtout des extrémités, dans le cas de cœco-colite. En effet, aux douleurs abdominales dont le colon est le siége chez les dysentériques, se joint un sentiment continuel de froid aux mains et aux pieds que l'on a peine à réchauffer. Le malade éprouve aussi des horripilations générales; la sécrétion cutanée semble suspendue, le sang abandonne la périphérie du corps, et paraît déterminer sur le tube intestinal une congestion abondante. En rapportant ces symptômes généraux, nous ne prétendons pas dire qu'il accompagnent constamment la cœco-colite, mais on les observe toujours lorsqu'elle est arrivée à son *summum* d'intensité.

Quant à la marche de la maladie, comme elle doit varier suivant les causes qui la déterminent, et les formes que prend l'inflammation, nous n'en parlerons qu'en traitant de chacune d'elles en particulier. Il en est de même des terminaisons.

§. III. *Diagnostic et prognostic.* L'examen des causes, l'ensemble des symptômes, le trouble des fonctions de l'organe affecté, doivent servir de base au diagnostic.

Lors donc que nous pourrons nous assurer qu'il est possible d'attribuer à l'une des causes ci-dessus énumérées, une douleur survenue dans le trajet du gros intestin, le trouble de ses fonctions, l'altération de ses sécrétions, les symptômes concomitans et généraux que nous avons dit accompagner la cœco-colite, le diagnostic deviendra

fort évident. L'inspection des matières rendues par les selles est de toute nécessité lorsqu'on veut s'assurer de l'existence de cette phlegmasie; leur consistance, leur couleur, leur odeur, et les matières qui les constituent, soit le résidu des alimens, soit le mucus ou le sang sous différentes formes, doivent fournir des signes importans. On devra encore s'informer du nombre des repas, de la quantité des selles, et des heures auxquelles se sont faites ces fonctions. Combien de récidives auraient été épargnées aux malades, si, au lieu de croire la diarrhée arrêtée, on eût examiné les selles avant de leur accorder des alimens.

Il ne faut pas toujours s'en tenir au récit du malade sur la nature de ses évacuations alvines, car il peut induire le médecin en erreur. Une femme atteinte d'un dévoiement, ayant pris pendant toute la nuit de la gelée de groseille mal délayée dans l'eau, rendit ses excrémens teints en rouge; elle se crut alors affectée de dysenterie; mais en examinant avec soin les matières de ses selles, je m'aperçus que le suc de groseilles les avait colorées. Ayant fait changer cette boisson, la coloration, la fréquence des selles, et tous les accidens disparurent aussitôt. Que pourrait-il arriver dans des cas pareils, si l'on s'en rapportait au récit du malade?

On a cité des exemples qui constatent que les phénomènes qui caractérisent la colite, peuvent se manifester d'une manière intermittente, et sous les types quotidien, tierce, quarte, etc. Cette marche de l'inflammation du gros intestin rentrant dans l'histoire des irritations intermittentes, je ne m'y arrêterai pas davantage. (Nouveaux Elémens de Pathologie médico-chirurgicale, tome 1, pag. 508.)

Au sujet du prognostic, je pense qu'on peut dire, en général, que l'inflammation du gros intestin déterminant une réaction moins violente que celle de l'intestin grêle, compromet moins l'existence du malade; cependant, il ne faudrait pas s'abstenir par cette seule raison, de prescrire au malade atteint d'une légère cœco-colite, un régime propre à la combattre, parce que l'abus des alimens secon-

derait les progrès de la maladie, et rendrait le prognostic fort grave. Ce prognostic, en un mot, variera suivant la nature et l'intensité de l'inflammation.

§. IV. *Des différentes formes que peut affecter l'inflammation de la membrane muqueuse du cæcum et du colon.* Cette inflammation a son siége tantôt dans la membrane muqueuse proprement dite, tantôt dans l'appareil folliculaire qui lui est annexé. Dans l'un et l'autre cas, elle est aiguë ou chronique.

Art. I. *Inflammation franche de la membrane muqueuse du gros intestin.* Elle a pour caractères : la rougeur, la tuméfaction, la douleur, la chaleur, et la sécrétion des mucosités.

La *rougeur* consistera, soit dans un simple pointillé rouge, soit dans une injection plus ou moins marquée, soit enfin dans une rougeur diffuse, occupant une étendue plus ou moins grande. Cette rougeur peut encore varier dans son aspect, suivant que l'inflammation qui la détermine est aiguë ou chronique : de rouge intense qu'elle était d'abord, elle peut passer successivement à la coloration brune, ardoisée ou noire.

La *tuméfaction* de la membrane muqueuse est plus ou moins marquée, légère dans le commencement, et quelquefois très-considérable à la fin. Des excoriations, des ulcères, des perforations, et même des transformations de tissu peuvent être le résultat des progrès toujours croissans de cette inflammation.

La *douleur* est en général sourde, peu forte, rémittente; elle peut aussi être très-vive, bornée ou étendue.

La *chaleur* est ordinairement peu vive, mais elle devient brûlante lorsque la membrane est plus sèche.

La *sécrétion du mucus* varie aussi suivant l'état et le siége de l'inflammation; elle peut être suspendue, augmentée, diminuée et pervertie.

Si nous étudions les symptômes qui se rattachent à chacune de ces altérations, qui ne sont réellement que les degrés plus ou moins

avancés de l'état inflammatoire, nous verrons se ranger ici l'histoire de quelques maladies désignées sous le nom d'un de leurs symptômes, et qui ne sont rigoureusement que les phénomènes de la cœco-colite.

1.° Le premier degré de l'inflammation peut être déterminé par des causes souvent inappréciables ; le malade éprouve tout-à-coup une douleur dans les régions du gros intestin, le besoin d'aller à la garde-robe, des borborygmes, la diarrhée, des chaleurs et cuissons à l'anus. (*Embarras intestinal*). Si l'irritation persiste, le besoin des selles se renouvelle fréquemment ; il est souvent précédé de frissons fugitifs qui parcourent la cavité abdominale, et s'élèvent rapidement vers la poitrine ; la diarrhée continue, des bouffées de chaleur se font quelquefois ressentir dans l'abdomen après les évacuations ; des épreintes, un sentiment de prurit irritent l'anus ; le ventre se météorise légèrement et devient douloureux. L'émission des flatuosités intestinales se fait ordinairement sans bruit, et quelquefois des matières liquides s'échappent en même temps ; lorsqu'elle devient bruyante, elle indique assez souvent une diminution dans la diarrhée. Les matières stercorales sont ordinairement jaunes, liquides, paraissant avoir subi en partie le travail de la digestion, car on n'y retrouve plus la forme primitive des alimens, comme cela s'observe dans la *lienterie*. Les symptômes généraux sont peu marqués ; le malade conserve son appétit, et ce n'est que quelque temps après avoir pris des alimens qu'il se manifeste de nouvelles douleurs ; quelquefois on observe le brisement des membres, un état de faiblesse générale, la suppression de la transpiration, la sécheresse de la peau, l'accélération du pouls, qui dans ce cas est ordinairement petit et concentré ; en quelques jours même les forces du malade sont souvent anéanties ; cependant ce dernier symptôme se remarque moins fréquemment que lorsque l'intestin grêle est le siége de l'inflammation.

La maladie peut durer quelques jours à cet état (*embarras intestinal*) ; elle peut cesser spontanément, ou bien par l'effet de la

diète et de quelques lavemens adoucissans, opiacés. On l'a vu disparaître tout-à-coup par une sorte de métastase opérée sur l'estomac ou l'intestin grêle, soit au moyen de boissons alcoholiques, excitantes, soit au moyen de certains vomitifs, tels que l'émétique ou l'ipécacuanha. D'un autre côté, il est possible que l'inflammation persiste; alors, l'irritation de la membrane muqueuse croissant de plus en plus (la rougeur diffuse succède au pointillé rouge ou à l'injection), des douleurs plus grandes se font ressentir dans la région transversale du colon; tous les symptômes que nous venons d'indiquer se prononcent davantage; la sécrétion des mucosités qui peut avoir été dans le principe supprimée, au lieu d'être augmentée est alors fort abondante, et se mêle aux matières rendues par les selles. Mais avant d'aller plus loin, indiquons les symptômes variés que présente le malade, suivant que l'inflammation a son siége dans telle ou telle partie du gros intestin.

2.° Le cœcum est-il enflammé, le malade éprouve, dans la région iliaque droite, un sentiment de tension, de pesanteur, de chaleur, et de la douleur qui augmente par la pression.

Il paraît qu'il existe entre le cœcum et l'estomac, entre la valvule de *Bauhin* et la valvule pylorique des sympathies ou des analogies de fonctions remarquables. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades vomir dans cette circonstance, ce qu'on leur fait prendre; quelquefois même vomir des matières d'une apparence stercorale; ce phénomène s'observe particulièrement chez les très-jeunes enfans. *Celse*, pour indiquer les symptômes qui différencient l'inflammation de l'intestin grêle de celle du gros intestin, dit : « *Si superior pars affecta* « *est, cibus; si inferior, stercus per os redditur : si utrùm libet, vetus* « *est.* » (Celse, *de re medicâ*, lib. 4, cap. 1 sect. 6.)

Une douleur développée dans la région iliaque droite, accompagnée de vomissement de matières en partie digérées, pourra donc faire présumer que la valvule de *Bauhin* et le cœcum sont enflammés, lorsque surtout les parties supérieure et inférieure du tube digestif ne présenteront pas de symptômes d'affection, et que ce ne sera qu'un

certain temps après l'ingestion des alimens que le vomissement aura lieu ; de sorte que l'acte de la digestion pourra s'accomplir jusqu'à ce que les matières arrivent sur la partie affectée. Cependant, il ne faut pas donner trop d'importance à ces vomissemens, parce qu'ils peuvent également être produits par d'autres causes, telles que l'iléus ou passion iliaque, etc, ou bien manquer, et la diarrhée avoir lieu.

L'inflammation du cœcum coexiste souvent avec celle de l'estomac, et même on trouve l'une et l'autre à l'ouverture des corps, au même degré d'intensité. M. *Billard* a signalé ce fait dans son ouvrage sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. (Pages 284 et 294.)

3.° L'inflammation se propageant dans le colon ascendant, le transverse et le descendant, ou se déclarant dans l'un ou l'autre isolément, occasionnera des douleurs dans ces différentes parties, et toujours du trouble dans les fonctions de cet intestin. En outre, plus le point enflammé sera rapproché de la partie inférieure, plus les douleurs déterminées par la présence du produit de la digestion seront lentes à se faire ressentir. Nous citerons, plus loin, une observation très-remarquable à ce sujet.

4.° Revenons maintenant à l'inflammation aiguë occupant la totalité du gros intestin ; elle peut donc donner lieu à des symptômes locaux ou généraux plus ou moins graves ; nous l'examinerons plus tard portée à son plus haut point d'intensité.

Les évacuations alvines considérées dans ce cas, présenteront différentes variétés. Dans le principe de l'inflammation, la membrane muqueuse peut bien être sèche ; la sécrétion du mucus est alors supprimée, il y a constipation ; mais bientôt une surabondance de mucosités viendra se mêler aux matières stercorales, les selles seront liquides, jaunâtres ou brunâtres, spumeuses, et mêlées à des flocons albumineux plus ou moins abondans. Si le malade fait abstinence d'alimens, ou si la diarrhée est abondante, les mucosités seules formeront la matière des selles qui, offrant un aspect blanchâtre et puriforme, constitueront ce que les auteurs ont appelé *catarrhe des intestins*. Les urines sont en général rares, plus ou moins épaisses, et rouges.

A cette époque de la maladie on trouve ordinairement à la face interne du colon, une rougeur pointillée, des stries rouges longitudinales, une tuméfaction du tissu muqueux, une grande quantité de mucosités adhérentes à la face interne du gros intestin, et quelquefois des rougeurs par plaques plus ou moins étendues. Cet état pathologique se remarque presque toujours chez les enfans qui succombent après avoir été épuisés par une diarrhée abondante, accompagnée de tension et de douleurs abdominales; c'est ce dont j'ai pu me convaincre en assistant aux autopsies cadavériques que l'on fait journellement à l'hospice des Enfans trouvés de Paris.

A ce sujet, mon ami M. *Billard* m'a communiqué l'observation suivante. Une femme, âgée de soixante ans, entra le 28 septembre 1825 à l'infirmerie de la Salpêtrière. Pendant son séjour, elle offrit les symptômes suivans : douleur fixe dans le trajet du colon, taciturnité sans délire, affaissement général, pouls déprimé quoique fréquent, peau habituellement sèche et écailleuse. Des boissons adoucissantes, la diète, des lavemens opiacés, constituèrent le traitement. Cette femme était en outre affectée d'un cancer de l'utérus commençant à s'ulcérer. Les selles étaient abondantes, très-liquides, d'abord jaunâtres, et mêlées de flocons muqueux; elles devinrent ensuite très-claires, simplement muqueuses; il s'y mêla de temps en temps des stries sanguinolentes. L'amaigrissement et la faiblesse générale firent de rapides progrès jusqu'au 8 octobre, époque où mourut la malade.

On trouva, à l'ouverture du corps, quelques traces d'une ancienne inflammation au duodénum, l'estomac et l'intestin grêle sains; mais depuis le cœcum jusqu'à l'anus, on vit la tunique muqueuse épaissie, des stries d'un rouge intense, plus rapprochées dans le colon transverse, où les replis muqueux étaient excoriés dans certains endroits. A l'S iliaque, la rougeur était uniforme et écarlate, et dans toute la longueur de l'intestin, des mucosités épaisses, filantes et puriformes, existaient en grande abondance. Le squirrhe

de l'utérus comprimait fortement le col de la vessie, et s'opposait à la libre émission de l'urine qui refluait dans les urétères et les reins. Cet accident a sans doute hâté la fin de la malade, et a permis d'examiner la membrane muqueuse du colon à une époque encore peu avancée de la maladie.

5.° L'inflammation peut passer à l'état chronique sans déterminer d'ulcérations. Les selles plus ou moins liquides seront abondantes, surtout si le malade, pour satisfaire son appétit et dans le but de réparer ses forces, continue de prendre des alimens. Le ventre sera distendu par des gaz, et notamment la fosse iliaque droite. Cet état peut durer un certain temps; mais enfin, arrivé au dernier degré du marasme, le malade finit par succomber, et l'on trouve à la face interne du gros intestin, une coloration violacée, et souvent même de larges plaques noires, qui ne sont autre chose que des plaques mélaniques, à la formation desquelles semble avoir concouru l'état inflammatoire dont le colon était le siége.

Nous en trouvons un exemple dans *Morgagni* : « Un homme, dit-il, âgé de trente-quatre ans, est pris de dysenterie; elle dure long-temps, jusqu'à ce qu'il se joint un crachement de sang; et la mort survient. On trouva, à l'ouverture du cadavre, les intestins grêles sains; mais les gros intestins étaient teints en quelques endroits d'une couleur noire, et quelques-unes de leurs glandes se trouvaient entièrement corrodées, etc. » (31.e lettre, pag. 180.)

M. *Andral* a présenté à l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 9 mars 1824, le gros intestin d'un homme atteint de diarrhée chronique. La surface interne de cet intestin présentait, depuis la valvule de *Bauhin* jusqu'au rectum, une couleur d'un noir foncé. M. *Billard*, qui a cité ces faits, en faisant voir la coïncidence qu'ils présentaient avec l'état inflammatoire, a rapporté lui-même l'observation d'un militaire qui mourut après un dévoiement de longue durée, et sur lequel il trouva le cœcum d'une couleur violacée; sa membrane interne offrait des vergetures noires et un aspect grenu; tout le colon était rétréci et épaissi; sa tunique in-

terne, grisâtre, présentait, en outre, à sa surface de larges plaques noires.

Indépendamment des changemens de coloration que subit la membrane muqueuse du colon enflammé, elle peut se couvrir de productions membraniformes, qui, se détachant des parois de l'intestin auxquelles elles adhèrent, sont expulsées avec les excrémens. Des fausses membranes peuvent être formées dans tout l'intérieur du colon, dont les parois peuvent, en quelque sorte, s'hypertrophier ou se couvrir de fongosités.

Si maintenant l'on jette un coup-d'œil sur ce que nous venons de dire, on verra qu'en même temps que nous avons signalé la marche de l'inflammation, nous avons indiqué des symptômes auxquels les médecins qui nous ont précédé attachaient la plus grande importance, la faiblesse générale et la diarrhée.

Cette faiblesse, cet anéantissement des forces résultant évidemment ici d'un état inflammatoire d'un des points de l'appareil digestif, il ne serait pas rationnel de chercher à les combattre par les médicamens toniques et excitans. La diarrhée, qui, comme nous l'avons fait voir, peut être quelquefois stercorale, ou simplement muqueuse, et constituer ainsi les maladies désignées par les auteurs sous les noms de *diarrhée stercorale*, *diarrhée muqueuse*, *flux de ventre*, etc., n'est encore ici que le résultat d'une inflammation; par conséquent, on ne doit y attacher qu'une importance secondaire, et remonter avant tout à la cause qui la détermine. La diarrhée peut persister, quoique l'irritation paraisse dissipée : l'organe malade n'a pas encore recouvré toute l'intégrité de ses fonctions, et bien qu'il n'offre plus, à proprement parler, une apparence inflammatoire, il est utile, sous le rapport du traitement, de ne pas perdre de vue, qu'il était naguère encore le siége d'une violente inflammation, que pourrait faire renaître l'usage intempestif des excitans de quelque nature qu'ils soient.

Il est une autre espèce de diarrhée qui mérite, à proprement parler, le nom de *muqueuse :* c'est celle qui est le résultat d'une affec-

tion de l'appareil folliculaire du gros intestin. Nous en traiterons plus tard.

La nature des évacuations alvines peut être pervertie de différentes manières : par exemple, on peut trouver du sang en masse, en stries, ou mêlé aux autres matières ; du pus, des fausses membranes, des portions d'intestin, et différens corps étrangers. Le sang rendu par les selles peut venir de l'estomac, de l'intestin grêle ou du gros intestin.

L'hémorrhagie du gros intestin peut être produite par une inflammation locale ; le sang est alors rendu en petite quantité, il ne fait en quelque sorte que colorer les matières du dévoiement. De violentes douleurs se font ressentir dans la région du colon ; et si le malade succombe, on trouve la membrane interne de cet intestin fortement colorée en rouge dans un ou plusieurs points, et ces sortes de plaques rouges tapissées par une exhalation sanguinolente.

L'hémorrhagie du cœcum et du colon peut être supplémentaire, elle coexiste alors avec la disparition d'une évacuation sanguine habituelle. Le sang est rendu en grande quantité, il est plus ou moins rouge et liquide, ordinairement isolé des autres matières. Lorsqu'il vient de la partie supérieure du tube digestif, il est beaucoup plus noir, plus consistant, souvent moulé à la forme du canal qu'il a parcouru, et plus ou moins altéré; car on sait que le sang répandu dans le canal intestinal ne tarde pas à s'y décomposer. On conçoit que le sang répandu dans le gros intestin pourra aussi noircir et prendre de la consistance, suivant le temps qu'il y séjournera.

Enfin, il est possible qu'un abcès du foie s'ouvre dans le colon, et qu'il s'y fasse une hémorrhagie plus ou moins abondante. Les progrès d'une ulcération peuvent amener l'ouverture d'un gros vaisseau de cet intestin, et produire les mêmes phénomènes. De semblables hémorrhagies ont sans doute été souvent désignées sous le nom de *méléna*.

On aura donc soin, pour distinguer la source de ces différentes hémorrhagies, de tenir compte de tous les phénomènes concomitans qu'offrira le malade.

Nous venons de voir que l'inflammation aiguë ou chronique de la membrane muqueuse, du cœcum et du colon, pouvait donner lieu, avant même de s'être ulcérée, à des diarrhées muqueuses, stercorales, sanguinolentes. Nous allons voir maintenant ces accidens prendre un caractère plus grave, à mesure que la désorganisation de la tunique interne du gros intestin fera des progrès. Aux simples rougeurs inflammatoires indiquées plus haut, succèdent le ramollissement, des excoriations et des ulcères, dont la marche est plus ou moins rapide.

6.° Le *ramollissement* de la membrane muqueuse du gros intestin, comme celui des autres parties du tube digestif, peut être la suite d'une inflammation aiguë ou chronique; il peut être local ou général. S'il survient dans le cours d'une inflammation aiguë, on trouvera à l'autopsie cadavérique la membrane muqueuse réduite en une bouillie rougeâtre. Les symptômes que cette désorganisation aura déterminés pendant la vie, seront ceux qui caractérisent l'inflammation aiguë.

Dans le ramollissement chronique, la membrane muqueuse offrira après la mort un aspect blanchâtre, comme décoloré, une consistance très-molle, et elle s'enlèvera sous forme d'une bouillie pulpeuse, ou de légers lambeaux membraniformes. La langueur, le dépérissement progressif, la décoloration générale du malade, accompagneront cette altération. On conçoit que le dévoiement et le marasme conduiront insensiblement le malade à sa fin. En général, on doit considérer le ramollissement, comme une des terminaisons funestes de l'inflammation. Cette désorganisation s'observe particulièrement chez les enfans. Le ramollissement local peut donner lieu à des ulcères, et même à des perforations du tube intestinal.

7.° L'inflammation du gros intestin est-elle violente, s'est-elle développée sous l'influence d'une cause générale, telle que celle qui tenant à la constitution atmosphérique, détermine des épidémies; le cœcum et le colon deviennent le siége de désorganisations profondes; des excoriations laissent exsuder une grande quantité de sang à la

surface intestinale : ce sang se mêle d'abord par stries aux excrémens ; ensuite plus abondamment répandu, il constituera presqu'à lui seul la matière du dévoiement. Il se déclare des douleurs excessives dans le trajet du colon, une sorte de commotion, comme si quelques matières s'en détachaient. Le malade éprouve au-dessus de l'anus la sensation d'un poids ou d'un corps étranger qui l'entraîne à faire des efforts fréquens et souvent vains pour aller à la selle ; ce ténesme, très-fatiguant, est accompagné de chaleurs et de prurit autour de l'anus. Très-souvent l'irritation se propage aux voies urinaires, et y donne lieu aussi à une sorte de ténesme caractérisé par le besoin continuel et douloureux d'uriner.

Le ténesme est, pour la plupart des auteurs, une raison de croire que la tunique musculeuse participe à l'inflammation. Pour se convaincre qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que la conséquence est loin d'être rigoureuse, il s'agit de remarquer que la phlegmasie des membranes muqueuses, est constamment accompagnée de prurit, et d'une titillation fort gênante qui semble provoquer la contraction synergique des muscles qui sympathisent avec elle. Ainsi, dans l'ophthalmie, il y a clignotement ; dans le coryza, éternuement ; dans le catarrhe guttural, envie d'avaler ; dans celui de l'estomac, vomissement ; et dans celui du gros intestin, ténesme : dans quelques inflammations de la membrane muqueuse urétrale, il y a des éjaculations involontaires. (Leçons orales du professeur *Béclard.*)

Une grande quantité de gaz s'accumulant dans l'intestin, le ventre se ballonne, devient extrêmement douloureux à la pression : la douleur se fait ressentir comme une barre transversale située au-dessous de l'appendice xiphoïde. Le pouls est en général petit et fréquent, moins souvent plein et fort ; la respiration est précipitée, courte et difficile ; l'appétit manque alors, la langue est recouverte d'un enduit muqueux, la soif est vive, quelquefois les boissons introduites dans l'estomac provoquent presqu'à l'instant le besoin d'aller à la selle. Le malade est plus sensible au froid extérieur ; la fièvre de réaction est

souvent si peu prononcée, que quelques médecins ont été portés à ne pas regarder la fièvre comme un des symptômes de la dysenterie. (*P. Frank*, tom. 3, pag. 503.)

L'inflammation continuant de faire des progrès, les selles deviennent noirâtres, extraordinairement fétides, de plus en plus sanguinolentes : elles sont souvent involontaires; les matières qui les constituent irritent et enflamment les environs de l'anus ; le malade tombe rapidement dans le marasme; son attitude annonce l'accablement et le désespoir ; les membres inférieurs sont ordinairement contractés ; la peau est sèche et rugueuse, et se recouvre d'un enduit terreux; la figure prend l'expression cadavéreuse ; l'haleine est fétide, et tandis qu'un sentiment de chaleur semble se concentrer à l'intérieur de l'abdomen, l'extérieur du corps, et surtout les extrémités sont froides. Il n'y a pas toujours du délire. Pendant que l'inflammation fait ainsi des ravages, les évacuations sanguinolentes sont souvent remplacées par un écoulement purulent, auquel se mêlent des lambeaux membraniformes, rougeâtres, très-mous, qui semblent être des débris de la membrane muqueuse. Les douleurs très-vives qui surviennent tout-à-coup indiquent le début d'une péritonite, et la mort presque certaine du malade.

A l'examen des cadavres des individus qui succombent à cette grave inflammation, on trouve la membrane muqueuse du gros intestin profondément ulcérée. Ces ulcères ont ordinairement une forme irrégulière, les bords rouges, tuméfiés et saignans ; ils sont souvent recouverts de stries noires ; entre ces ulcères, se trouvent des eschares gangréneuses, des bourgeons charnus d'un rouge intense, des caillots de sang, et des mucosités épaisses accolées à la surface de l'intestin, dont le calibre, par l'effet de la tuméfaction des parois intestinales, se trouve rétréci, et quelquefois en partie oblitéré. Certaines ulcérations déterminent quelquefois la perforation de l'intestin, d'où résulte un épanchement de matières stercorales dans l'abdomen. En général, la désorganisation semble s'étendre du rectum vers la partie supérieure du colon, car on trouve toujours les

altérations beaucoup plus prononcées à l'extrémité inférieure qu'à l'extrémité supérieure du gros intestin.

Quoique la mort soit le plus ordinairement le résultat de cette phlegmasie, on conçoit cependant que celle-ci peut diminuer peu à peu d'intensité sous l'influence d'un régime convenable, et permettre aux ulcères de se cicatriser.

D'après le tableau que nous avons tracé des symptômes qui accompagnent l'inflammation aiguë, et l'ulcération profonde de la membrane interne du gros intestin, on reconnaîtra facilement ce que l'on a généralement décrit sous le nom de *dysenterie*.

Le plus grand nombre des auteurs anciens et modernes qui ont écrit sur la dysenterie, ont signalé l'existence des ulcérations dans le gros intestin.

Hippocrate regarde la dysenterie comme une ulcération accompagnée de flux de sang ; *Celse* assure positivement que les intestins sont déchirés et que le sang en découle ; *Galien* a défini aussi la dysenterie, l'exulcération des intestins avec inflammation ; *Arétée* admet également des espèces ou apparences d'ulcères ; *Cœlius Aurelianus* l'a désignée sous le nom de *rhumatismus intestinorum cum ulcere* ; *Lommius* rapporte la cause de la dysenterie à l'ulcération des intestins ; *Brunner* (*in pancr. secund.* , cap. 7) a remarqué une disposition ulcéreuse de l'intestin colon après un flux cœliaque ; *Morgagni* (lettre 31) dit que les intestins sont ulcérés ; mais il fait observer que cela ne se voit que dans le temps le plus avancé de la maladie ; *Monro*, *Pringle*, *Barker* et *Cleghorn* disent qu'ils ont trouvé communément le colon et le rectum plus ou moins affectés, quelquefois enflammés, et souvent gangrénés; le mal était principalement dans la tunique interne.

Enfin les travaux récens des anatomistes et des pathologistes démontrent évidemment que la dysenterie n'est autre chose qu'une inflammation très-intense du gros intestin, se développant ordinairement sous l'influence de causes générales. MM. *Pinel* et *Broussais* ont beaucoup contribué à éclairer cette question importante. Il est vrai que *Willis*, *Sydenham*, *Sauvages*, et un grand nombre d'au-

tres auteurs, appelant *dysenterie* tout flux de sang, ou d'autres matières muqueuses, bilieuses, ou puriformes, ont regardé cette maladie, tantôt comme étant accompagnée d'inflammation et d'ulcères, tantôt comme ne l'étant pas.

Mais il ne faut pas se borner à considérer uniquement la nature des évacuations alvines, ainsi que *Zimmermann* l'a fait judicieusement observer, pour établir les différences des causes qui déterminent ces évacuations.

Il reste donc démontré pour nous, que la dysenterie accompagnée de tous les phénomènes que nous avons signalés, est réellement une cœco-colite.

8.° On voit quelquefois des excoriations et des ulcères se développer dans le gros intestin, sans qu'il y ait à proprement parler dysenterie, chez les vieillards habitués à la constipation, et dans le colon desquels séjournent plus ou moins long-temps des amas de matières stercorales; on voit la membrane muqueuse irritée mécaniquement par le contact de ces matières endurcies, s'enflammer, rougir, se tuméfier, s'excorier, et produire l'écoulement de quelques gouttelettes sanguinolentes qui colorent par stries les excrémens. L'examen de l'anus et les détails fournis par le malade serviront à déterminer si le sang rendu avec les fécès provient des excoriations dont nous parlons, ou d'un flux hémorrhoïdal.

Certains ulcères qui se sont manifestés, soit à la suite de ces simples excoriations, soit à la suite d'une inflammation plus intense et plus étendue, prennent souvent une marche chronique. Leur forme est toujours irrégulière: tantôt leurs bords sont minces, et se continuent insensiblement avec la membrane; tantôt ils sont durs, coupés à pic, et d'un rouge obscur: leur centre est le plus souvent grisâtre: ils sont plus ou moins nombreux, et se rencontrent tantôt au cœcum, tantôt dans une partie plus ou moins basse du colon. C'est dans le cœcum et l'S du colon, dit M. *Broussais*, qu'on trouve ordinairement les ulcères, parce que les matières séjournent plus long-temps dans ces parties. Leurs progrès épuisent les malades tourmentés sans cesse par une

douleur sourde, ayant son siége au niveau de ces ulcérations. S'ils s'étendent en profondeur, les douleurs excessives qui naissent tout-à-coup, indiquent qu'ils envahissent la tunique péritonéale.

9.° Une inflammation circonscrite du colon peut se propager aux membranes, et donner lieu à un épaississement partiel des tuniques intestinales. La douleur, qui est fixe, devient plus vive; le toucher l'augmente, et bientôt fait reconnaître une tumeur oblongue et rénitente. Le calibre de l'intestin est alors rétréci, et s'oppose au libre passage des excrémens, qui, obligés de traverser un tube étroit, ne sont plus rendus que sous une forme allongée : s'ils s'arrêtent au niveau du rétrécissement, ils obstruent le passage des autres matières, qui, s'accumulant dans cet endroit, distendent l'intestin de manière quelquefois à en déterminer la rupture. Cette rupture cause des accidens plus ou moins graves, suivant qu'elle arrive au bord libre ou au bord adhérent de l'intestin : dans le premier cas, l'épanchement des matières fécales donne lieu à une péritonite promptement mortelle; dans le second, il détermine la formation d'abcès dits *stercoraux*, qui s'ouvrent du côté des parois abdominales. La gangrène s'empare quelquefois aussi des parois de l'intestin.

Le rétrécissement produit des accidens plus ou moins graves, suivant le lieu qu'il occupe. S'il est au commencement du colon, les matières accumulées dans le cœcum, forcent la résistance de la valvule de *Bauhin*, remontent dans l'intestin grêle, et sont rendues par le vomissement : le malade se trouve alors dans un état d'anxiété et d'abattement que l'on remarque dans le cas de hernie étranglée. Si le rétrécissement se trouve plus avant dans le colon, les symptômes analogues à ceux de l'étranglement seront plus lents à se manifester, parce que le regorgement des matières fécales n'aura pas lieu si promptement. Ces sortes de rétrécissemens se forment le plus ordinairement à l'S iliaque du colon et au rectum.

La partie épaissie offre tantôt une simple tuméfaction de la tunique interne et des membranes sous-jacentes, tantôt elle offre diverses transformations de tissus, telles que la sclérose, le squirrhe et même

le cancer. Ces altérations s'étendent plus ou moins loin, soit en remontant vers le haut du colon, soit en descendant vers le rectum.

Les rétrécissemens de cette dernière partie du gros intestin, les accidens qu'ils déterminent, et les moyens chirurgicaux que l'art suggère pour y remédier, se trouvant indiqués dans tous les ouvrages de chirurgie, nous devons renvoyer ici à ces derniers, et surtout aux belles recherches que *Desault* et *Bichat* nous ont transmises à ce sujet.

Une invagination de l'intestin grêle dans le cœcum, ou du colon dans le rectum, peut déterminer une inflammation plus ou moins éten lue dans le gros intestin ; il en sera de même de la présence des corps étrangers.

Nous nous bornerons donc à dire que la nature et le siége du rétrécissement se reconnaîtront à la manière plus ou moins lente dont la constipation se sera déclarée, à l'opiniâtreté de cette constipation, à la forme que présentera le peu d'excrémens rendus par les selles, au gonflement du ventre, à l'examen de la partie où semblera finir la distension du colon ; les gaz qui s'y développeront, ne pouvant sortir par l'anus, remonteront vers l'intestin grêle, ou bien les borborygmes viendront se terminer à l'endroit où existe le rétrécissement.

10.° La gangrène partielle ou générale peut terminer l'inflammation du gros intestin, et détruire la membrane muqueuse, ainsi que les autres tuniques intestinales. Dans ce cas, les douleurs cessent tout-à-coup; le malade qui semble éprouver du calme, est bientôt jeté dans un abattement et une prostration extrêmes. Les évacuations alvines ont lieu involontairement, elles sont noirâtres, fétides, et portent avec elles l'odeur caractéristique de la gangrène. Cet état est, comme on le sait, extrêmement grave.

La gangrène et la destruction du cœcum sont moins dangereuses que celles de toute autre partie du tube intestinal, parce que le cœcum n'étant réellement qu'un cul-de-sac, sans lequel le cours des matières pourrait également s'effectuer, on peut voir, après sa destruction, le commencement du colon et la fin de l'intestin grêle, adhérer aux

parois abdominales; de telle sorte que, l'ouverture de l'un se trouvant en rapport avec celle de l'autre, le cours des matières se ferait directement de l'intestin grêle dans le colon droit. (*Bent.*, MM. *Scarpa*, *Velpeau.*)

Art. II. *Inflammation de l'appareil folliculaire.* Depuis les travaux de *Peyer* et de *Brunner*, les anatomistes, et par suite les médecins même, ont apporté une attention particulière à l'examen du développement et des maladies de l'appareil folliculaire du tube intestinal.

Cet appareil, plus développé dans l'intestin grêle que dans le gros intestin, y semble jouer aussi un rôle plus important; souvent même les follicules du gros intestin ne se développent et ne s'enflamment qu'en même temps que ceux de l'intestin grêle. Cependant, il peut arriver que l'appareil folliculaire du cœcum et du colon, soit seul le siége de l'inflammation. Il est important d'étudier les divers modes d'altérations que ces glandes peuvent subir, les désorganisations consécutives auxquelles elles peuvent donner lieu, et enfin les symptômes qui en résultent.

Ces follicules peuvent acquérir un développement, qui sans être réellement de nature inflammatoire, n'en dénote pas moins un surcroît d'activité vitale, d'où il résulte de leur part une sécrétion plus abondante; et le produit de cette sécrétion s'accumulant dans le gros intestin, détermine une diarrhée qui mériterait, à proprement parler, le nom de *diarrhée muqueuse* ou *maladie muqueuse* que les auteurs lui ont donné.

Lorsqu'on ouvre les cadavres des individus morts avec cette affection, on trouve, à la surface interne du gros intestin, un nombre prodigieux de petites glandes très-blanches, sans inflammation concomitante du tissu muqueux. Nous ne citons donc pas cette altération comme une des formes de la cœco-colite, et nous ne l'indiquons qu'afin de ne pas la confondre avec l'inflammation proprement dite de ces mêmes glandes, dont nous allons nous occuper.

1.° Chacune des glandes mucipares du gros intestin venant à s'enflammer, elles acquièrent un volume plus considérable, se tuméfient, deviennent rouges, offrent à leur centre leur orifice excréteur dilaté, et deviennent, ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. *Bretonneau*, un véritable furoncle intestinal. Ce furoncle s'ouvre au sommet qui d'abord était devenu blanchâtre, laisse échapper une sorte de bourbillon et de tissu cellulaire mortifié, d'où il résulte un ulcère, d'abord offrant des bords relevés, arrondis et saignans, souvent la membrane musculeuse à découvert, et plus tard un centre sanieux et purulent. L'ulcère présente toujours quelques vestiges de la forme primitive du bouton qui lui a donné naissance, et s'étend plus ou moins loin en profondeur et en largeur, par la désorganisation successive des tuniques intestinales. D'autres fois, les bords s'affaissent, s'amincissent, et ces ulcères finissent par se cicatriser.

Il est rare que cette éruption ne se développe que dans le gros intestin ; il existe toujours en même temps un développement inflammatoire plus ou moins marqué de l'appareil folliculaire de l'intestin grêle ; de sorte que les symptômes de la cœco-colite, se confondant ici avec ceux que détermine l'inflammation de l'appareil folliculaire en général, ne peuvent pas être signalés d'une manière spéciale.

Nous ferons remarquer, à cette occasion, que la ligne de démarcation que nous avons voulu établir entre les inflammations de l'intestin grêle et celles du gros intestin, ne peut exister d'une manière aussi tranchée, lorsque l'appareil folliculaire vient à s'enflammer ; car cet appareil étant identique sous le rapport de sa texture et de ses usages dans l'intestin grêle et le gros intestin, il doit être soumis à la fois à la cause générale qui agit spécialement sur lui pour déterminer son inflammation. Toutefois nous ferons remarquer que les plexus mucipares que l'on trouve à la fin de l'iléon, sont ordinairement le foyer principal ou le point de départ de cette inflammation, qui, se propageant en haut et en bas, n'agit qu'en dernier lieu sur les follicules isolés du cœcum et du colon, lesquels sont toujours moins avancés dans leur désorganisation que ne le sont les plexus et les follicules de l'iléon.

L'appareil folliculaire du gros intestin peut cependant, mais rarement, à ce qu'il paraît, s'enflammer indépendamment de celui de l'intestin grêle, ou bien rester encore enflammé lorsque l'intestin grêle est guéri. Alors les symptômes de la cœco-colite persisteront, et le siége spécial de la maladie deviendra plus facile à reconnaître.

Zimmermann a signalé cette éruption folliculaire dans le gros intestin. « On a aussi découvert dans le colon, dit-il, de petites fongosités qui rendaient du sang lorsqu'on les pressait, et ressemblaient aux fongosités de la petite-vérole plate lorsque cette maladie est à son plus haut degré, mais avec cette différence que « ces fongosités étaient solides et sans cavité. « (Traité sur la Dys., p. 52.)

2.° Les follicules peuvent s'enflammer isolément dans une ou plusieurs parties du colon; ils peuvent donner lieu par leur augmentation de sécrétion à une diarrhée chronique caractérisée par l'abondance des mucosités se mêlant aux matières intestinales; la douleur sera fixée dans l'endroit où existera ce développement inflammatoire des follicules du cœcum ou du colon. Il arrive cependant que le malade n'a la conscience d'aucune douleur, même par la pression exercée sur le trajet de cet intestin. Mais des coliques plus ou moins vives renaîtront en quelque sorte périodiquement vers la fin de la digestion; le besoin d'aller à la garde-robe se fera ressentir impérieusement, lorsque les excrémens se trouveront en contact avec le point affecté. Si ces glandes s'excorient à leur surface, elles laissent écouler quelques stries de sang, qui se mêlent aux excrémens et aux mucosités plus ou moins épaisses; et bientôt elles deviennent le siége d'ulcérations.

3.° Si cette inflammation passe à l'état chronique, les accidens qu'elle détermine durent long-temps sans trop épuiser les forces du malade, parce qu'elle ne s'oppose pas à ce que la plus grande partie du travail de la digestion s'accomplisse; elle peut même rester latente, jusqu'à ce qu'un écart de régime la ramenant à l'état aigu dirige vers elle l'attention du médecin. Je crois pouvoir citer à l'appui de ces assertions l'observation suivante.

Un jeune homme, d'une bonne constitution, contracta, le 10 avril 1825, une courbature qui exigea une forte saignée, quelques jours de repos et de diète. Au bout de huit jours, il reprit ses occupations avec trop d'activité, et chaque soir, il éprouva quelques symptômes fébriles. L'intermittence prononcée de ces symptômes, l'absence de toute irritation du côté des voies digestives, indiquant l'emploi du sulfate de quinine, on en administra six grains : ils procurèrent deux selles. Le lendemain, quatre grains : vive irritation gastrique sans nausées ni vomissemens ; langue rouge à sa pointe ; coliques et diarrhée. Quelques jours de diète suffirent pour faire disparaître ces accidens ; mais continuation des symptômes fébriles intermittens, tels que léger frisson, vitesse et concentration du pouls (cent pulsations). Six grains de sulfate de quinine ; même mouvement fébrile le soir vers quatre et cinq heures ; deux selles avec coliques au milieu de la nuit. Depuis ce moment le malade, quoiqu'avec un bon appétit, et sans aucun trouble des fonctions en général pendant la plus grande partie du jour, fut soumis à un régime sévère, et à l'usage de quelques boissons adoucissantes ; après leur ingestion, il survenait des éructations, et plus tard des borborygmes. Les selles continuèrent d'avoir lieu pendant la nuit. Dans l'intention de faire disparaître quelques symptômes fébriles qui revenaient vers l'époque du dîner, on permit au malade de reprendre ce repas ; alors les deux ou trois selles de la nuit ne se succédèrent plus ; les douleurs et les borborygmes que déterminaient les évacuations alvines diminuèrent, la nuit fut meilleure, mais le matin les coliques et les selles se renouvelèrent. Ce mieux apparent disparut bientôt lorsqu'on accorda un repas de plus au milieu du jour ; la nuit fut continuellement troublée par des douleurs vives, étendues, qui semblaient partir de l'arc du colon, et se précipiter vers l'anus avec les matières fécales, qui ne tardaient pas à être expulsées et suivies d'épreintes et de chaleurs. Le calme durait à peine deux heures à chaque fois. Comme l'appétit était toujours bon, le régime fut continué, et les accidens persévérèrent.

A cette époque, on trouva les matières alvines plus ou moins molles, jaunâtres ou brunâtres, spumeuses, mêlées de beaucoup de mucus, avec ou sans sérosité. épaissi, consistant, sous forme de flocons, de pelotons, de bandelettes blanchâtres ou fausses membranes, avec des stries de sang plus ou moins rouge et abondant, suivant le nombre des repas, ou l'abstinence de toute nourriture. On voyait toujours le mucus séparé du résidu des alimens, soit au fond du vase, soit à la surface des matières; ce qui indiquait, dans ce dernier cas, qu'il avait été excrété à la fin de la selle. Les alimens étaient transformés en une substance homogène; on n'en reconnaissait pas de traces: seulement la couleur des matières variait, suivant que le malade faisait usage de laitage, d'œufs ou de viande.

Jamais il ne s'est déclaré de douleurs autres que celles qui étaient déterminées par les évacuations, et aucun autre symptôme n'a pu être signalé. Lorsque les fécès étaient moulés, on voyait à un endroit de leur circonférence un point un peu déprimé, plus humecté, auquel adhérait du mucus consistant, ou sous forme de bandelettes blanchâtres.

Il est digne de remarque que l'appétit a toujours été bon, la digestion jamais troublée, l'évacuation intestinale sans diarrhée se faisant habituellement douze heures après chaque repas; et que, le besoin douloureux et pressant d'aller à la garde-robe étant une fois satisfait, la douleur et le trouble qui la déterminait disparaissaient aussitôt. Enfin, lorsque le malade faisait plusieurs repas, les dernières selles causaient une plus forte irritation, et s'il faisait diète, il n'y avait ni selles ni coliques.

Ce jeune homme se rendit à la campagne à la fin de juin. Soit par un traitement plus rigoureusement observé, ou le changement d'occupations, il éprouva peu à peu une amélioration notable dans sa santé. L'intestin, devenu moins irritable, ne déterminait plus si impérieusement l'excrétion des fécès, de sorte que la correspondance des selles avec les repas fut promptement interrompue; mais le passage des matières sur le point affecté causait cependant des

borborygmes et des vents. Dans le courant d'août, le malade se rétablit entièrement, et put satisfaire sans inconvénient son appétit, mais sans pouvoir prendre impunément des substances peu assimilables. Les éructations et les borborygmes qui n'ont jamais disparu tout-à-fait, annonçaient parfois l'influence d'une cause irritante.

De retour à Paris au mois de janvier, plusieurs récidives ont eu lieu. Les phénomènes indiqués plus haut, c'est-à-dire le besoin douloureux et pressant d'aller à la garde-robe, des selles demi-liquides, jaunâtres ou brunâtres, mêlées d'une grande quantité de mucus non isolé des matières fécales, étaient rendues au nombre de trois, quatre ou cinq, dix à quinze heures après chaque repas. Pendant tout ce temps, point de mouvement fébrile, point de perte d'appétit, seulement les envies d'aller à la selle étaient précédées par une gêne dans la respiration, qui devenait courte et rare ; l'abdomen était contracté. Des douleurs plus ou moins vives et étendues semblaient suivre l'impulsion donnée aux matières ; car elles cessaient ou diminuaient aussitôt après leur excrétion, qui était accompagnée de chaleurs et de cuissons à l'anus : des épreintes, et souvent une irritation aux voies urinaires persistaient quelque temps. Ce trouble durait chaque fois environ quatre heures, et ne cessait que lorsque l'intestin était débarrassé. Quelquefois les lavemens déterminaient des coliques, et peu après une excrétion assez abondante de mucus, d'une odeur particulière, un peu nauséabonde. L'état du malade s'est amélioré, mais le moindre oubli dans le régime est sur le point d'amener de nouvelles récidives. Il y a chaque matin une selle très-molle.

Ne peut-on pas conclure de cette observation : 1.° que le malade a été atteint d'une colite passée promptement à l'état chronique, caractérisée par les symptômes en quelque sorte périodiques, qui ne se manifestaient que lorsque le produit de la digestion se trouvait en contact avec l'endroit malade, lequel était circonscrit, et correspondait évidemment à la partie inférieure du gros intestin, puisque les excrémens étaient ordinairement assez consistans et rendus en une seule fois.

2.° Que l'appareil folliculaire de la totalité du gros intestin semble avoir été le siége spécial de l'inflammation, dans ces dernières récidives; c'est ce qu'attestent l'évacuation fréquente de matières très-molles et l'abondance du mucus; de sorte qu'en même temps que l'intestin grêle versait le résidu des alimens dans le cœcum, celui-ci irrité ne pouvait en supporter le contact, et s'en débarrassait à mesure qu'il arrivait, ainsi que le reste du gros intestin. Voilà sans doute pourquoi les matières, quoique bien digérées, étaient molles et mêlées avec le mucus.

Cette observation prouve encore que lorsque le gros intestin est enflammé, les autres parties du tube digestif, et notamment l'estomac, peuvent rester dans un état d'intégrité parfaite, et continuer de remplir leurs fonctions.

Chez les phthisiques, chez les scrophuleux, chez les enfans atteints de l'atrophie mésentérique, les follicules mucipares se tuméfient dans l'intestin grêle comme dans le gros intestin. Ils restent plus ou moins long-temps dans un état de gonflement et de dureté, sont plus ou moins colorés, finissent par s'ulcérer, et donnent lieu aux ulcères que l'on rencontre souvent dans le tube intestinal de ces malades.

La marche de leur ulcération suit ordinairement les progrès des ulcères scrophuleux, du ramollissement des tubercules; et c'est à la désorganisation qu'ils déterminent sur la membrane muqueuse intestinale, qu'il faut attribuer les douleurs de ventre, et le dévoiement colliquatif qui achèvent de réduire au marasme les malades dont nous parlons.

On trouve surtout des preuves de cette opinion dans les ouvrages de MM. *Billard* sur les altérations de la membrane muqueuse, et *Louis* sur la phthisie.

Tel est l'ensemble des altérations que peut subir la membrane muqueuse du gros intestin, et l'histoire des symptômes auxquels elle donne lieu.

Nous pourrions parler encore des différentes transformations de

tissus qu'on y observe, telles que le squirrhe, le cancer, les tubercules; mais comme on ne pourrait rapporter à l'inflammation de la membrane muqueuse du gros intestin ces diverses altérations, sans faire des rapprochemens peut-être forcés, nous nous abstiendrons d'en traiter. Nous passerons donc au traitement de la cœco-colite.

§. V. *Traitement.* Ayant considéré l'inflammation du gros intestin dans l'état aigu et dans l'état chronique, nous devons parler du traitement sous ce double point de vue.

Le traitement antiphlogistique est, sans aucun doute, celui qui convient le mieux pour combattre l'inflammation. M. *Broussais* a donné, sous ce rapport, des préceptes que l'on ne peut se dispenser d'approuver, et que nous transcrivons ici :

« L'indication de dégorger les intestins par des saignées locales « étant remplie;

« 1.° Ne faire parvenir sur la surface enflammée que des substances « adoucissantes;

« 2.° Empêcher par l'abstinence l'abord des fécès dans le colon, « parce que, trop sensible, il ne pourrait les supporter;

« 3.° Diminuer l'irritabilité, la mobilité du gros intestin, son excès « de mouvement péristaltique, par les narcotiques qui ne doivent « être placés que lorsque l'inflammation a été suffisamment com- « battue. »

Les applications de sangsues au siége sont surtout indiquées dans l'inflammation du gros intestin. Lorsqu'un point particulier du colon, ou le cœcum est douloureux, et semble être le siége d'une altération circonscrite, c'est sur cette partie qu'il convient alors d'appliquer les sangsues. Il faut en même temps faire des fomentations émollientes et y appliquer des cataplasmes émolliens et narcotiques.

Les bains de siége, les bains entiers, les fomentations, les fumigations émollientes et narcotiques, les cataplasmes, les lavemens émol-

liens en plus ou moins grande quantité, sont les moyens les plus convenables, et ceux que l'on doit employer le plus promptement.

L'opium est toujours administré avec succès, soit par la bouche, soit en lavemens, lorsque les premiers symptômes inflammatoires ont été combattus. On se sert avec beaucoup de succès de lavemens opiacés, lorsqu'il survient accidentellement une diarrhée déterminée par une colite légère.

Il est indispensable de soustraire le malade aux causes sous l'influence desquelles cette phlegmasie s'est développée; on lui recommandera le séjour dans un lieu chaud et sec, l'abstinence des alimens, d'éviter de prendre des boissons froides, ou en trop grande quantité, de s'exposer au froid. *Celse* a donné le précepte suivant, lorsque l'intestin colon est douloureux et relâché : « *utatur balneo calido, cibis quoque et potionibus calidis; deniquè omni modo frigus evitet.* » (lib. 1, cap. 2, sect. 4.)

Lorsque l'inflammation suit une marche rapide et redouble d'intensité, lorsque les évacuations alvines sont fréquentes et sanguinolentes, qu'en un mot, tous les symptômes de la dysenterie se manifestent, on doit employer le traitement antiphlogistique le plus sévère. Si l'on parcourt les ouvrages écrits sur la dysenterie, on verra que de tous les moyens employés pour combattre cette grave inflammation, c'est aux évacuations sanguines, soit locales, soit générales, que les médecins ont eu recours avec le plus de succès.

Pringle et *Eller*, au rapport de *Zimmermann*, qui partage leur opinion, ont conseillé les vomitifs, et particulièrement l'ipécacuanha à dose réfractée, dans les cas de dysenterie. Comme ils s'appuyent sur des faits pratiques, nous opposerons à leurs idées des faits également tirés de la pratique.

Monro, dans l'épidémie dysentérique dont l'armée anglaise fut atteinte en Allemagne, essaya d'abord ce moyen. Il remarqua qu'il causait un si grand malaise aux soldats, qu'on pouvait à peine les résoudre à se soumettre au traitement. *Pringle*, lui-même, n'em-

ployait cette méthode que pendant un jour, par rapport au malaise extrême qui la suivait.

Les observations de colite, rapportées dans l'histoire des phlegmasies chroniques, nous démontrent encore l'utilité du traitement antiphlogistique en pareil cas. On conçoit qu'en opérant une dérivation sur l'estomac, on pourrait diminuer la force de l'inflammation dont l'extrémité opposée du tube intestinal est le siège. Mais on s'exposerait aussi à ajouter à l'irritation morbide existante, l'irritation artificielle que l'on détermine dans ce cas.

Nous ne devons pas passer sous silence un moyen dont on se sert aujourd'hui avec assez de succès en Angleterre et en France, dans le cas de dysenterie : ce sont les lavemens froids. Il paraît qu'ils contribuent à calmer la chaleur et l'irritation dont le gros intestin est le siège, et à diminuer ainsi l'abondance des évacuations alvines.

Le quinquina pourra être administré avec avantage, si, après une violente inflammation, les selles deviennent noirâtres, fétides ; et si, en même temps, d'autres phénomènes font craindre la gangrène: mais, si la cœco-colite est moins intense, si les antiphlogistiques ont diminué son activité, si enfin elle est légère et chronique, des astringens moins énergiques, employés avec précaution, pourront être utiles. C'est surtout dans ce cas que les narcotiques conviennent à merveille.

Le dévoiement qui s'arrête ordinairement lorsque l'inflammation est en partie dissipée, peut cependant persister encore. Ne perdons donc jamais de vue que le moindre écart de régime, que le moindre excitant, mis en contact avec la membrane muqueuse du gros intestin, dans le but de la fortifier, et de suspendre la sécrétion abondante qu'elle exécute, peut être quelquefois préjudiciable. Il ne faudra donc suivre qu'avec la plus grande réserve l'indication que nous donnons ici d'avoir recours aux astringens.

Il est peut-être certains dévoiemens qui dépendent d'une véritable atonie des organes de la digestion, mais ils sont extrêmement rares ; et c'est au médecin observateur à s'efforcer de les distinguer de ceux

qui dépendent réellement d'une inflammation, afin de varier suivant le besoin les indications thérapeutiques.

Dans l'inflammation chronique du gros intestin, on doit varier les moyens curatifs propres à en déterminer la résolution, suivant l'état général des malades. Si les forces du sujet ne sont point épuisées par un dévoiement trop ancien, s'il lui reste encore assez de vigueur pour supporter les évacuations sanguines, il conviendra de répéter souvent l'application des sangsues au siége; mais de ne le faire à chaque fois qu'en petit nombre; car on doit toujours avoir en vue de laisser au malade le degré de forces nécessaires pour que la résolution de l'inflammation puisse s'effectuer.

Sydenham rapporte qu'une femme était tourmentée depuis trois ans d'une dysenterie, quoiqu'elle eût fait quantité de remèdes. Il ne lui ordonna rien autre chose que la saignée répétée de loin en loin; et cette femme recouvra une parfaite santé.

Comme il ne serait guère possible de condamner le malade à une diète très-sévère, on devra chercher à le soutenir par des boissons chargées de quelques principes nutritifs susceptibles d'être digérés promptement, et fournissant peu de fécès; on choisira de préférence les vins abondant en principes sucrés, etc.

C'est surtout dans cet état qu'il doit éviter l'impression d'un air froid, se couvrir le corps de laine, exciter autant que possible la transpiration cutanée, faire des frictions sèches ou aromatiques, s'éloigner des lieux dont le séjour semble entretenir la maladie, et prendre souvent des lavemens émolliens et des bains. Les personnes qui entourent ces malades devront chercher à dissiper la morosité dont ils sont souvent atteints : on leur recommandera le séjour à la campagne et un exercice léger, mais en ayant soin de leur faire observer qu'une marche précipitée pourrait rappeler tous les accidens.

Quelques dérivatifs seront utiles pour s'opposer aux progrès et aux suites de l'inflammation. On pourra appliquer sur la région malade des ventouses sèches, des vésicatoires, etc.

Lorsque l'inflammation du gros intestin est locale, elle peut déterminer, comme nous l'avons dit, l'épaississement des tuniques intestinales et le rétrécissement de l'intestin. L'inflammation ayant été combattue, on devra surveiller le malade avec la plus grande attention; car souvent il y a une constipation opiniâtre qui peut amener des accidens fort graves. Des lavemens, de légers laxatifs, l'application sur le ventre de cataplasmes faits avec une décoction ou infusion de plantes purgatives, des frictions faites sur l'abdomen avec une ou deux gouttes d'huile de croton tiglium, détermineront quelquefois avec avantage l'évacuation des matières intestinales, sans avoir l'inconvénient d'irriter immédiatement la membrane muqueuse.

Quelquefois la constipation existe sans qu'il y ait de rétrécissement; cela s'observe particulièrement chez les vieillards. Comme le séjour prolongé des fécès sur la membrane muqueuse intestinale peut en déterminer l'inflammation, il faudra donc combattre cette constipation par tous les moyens convenables. Quelquefois il suffira de faire l'extraction de ces matières. Si le traitement que nous venons d'indiquer au sujet du rétrécissement avait été inutilement employé, ne pourrait-on pas, avant d'avoir recours aux purgatifs plus ou moins violens portés à l'intérieur, essayer le moyen suivant? « *Savanarola*, pour remédier à une constipation opiniâtre « du duc de Ferrare, qui avait éludé tous les secours de l'art, et qui « menaçait d'une passion iliaque très-prochaine, le fit marcher « pieds nus sur un pavé de marbre arrosé d'eau fraîche. Le duc n'eut « pas fait cinquante pas que le remède agit efficacement. » (Élém. de Méd. de *Tourtelle*, t. 2, p. 329.)

Lorsqu'il existe des ulcères chroniques dans quelques points du gros intestin, le malade devra suivre un régime sévère, et se soumettre à tous les moyens thérapeutiques dont nous venons de parler. Comme les progrès de ces ulcères amènent quelquefois la péritonite, on ne devra pas craindre d'opposer, dès les premiers signes de cette funeste inflammation, tous les moyens qu'elle réclame.

En un mot, les différentes formes de l'inflammation chronique du cœcum et du colon, qui ont été indiquées précédemment, exigeront toujours le traitement antiphlogistique, varié suivant les indications qu'elles présentent ; et lorsqu'on pourra accorder des alimens à ces malades, il faudra les choisir parmi les substances les plus nutritives sous un petit volume, pour qu'elles fournissent moins de résidu, et ne leur faire prendre qu'à des heures plus ou moins éloignées de la nuit, afin que les accidens qui surviennent pendant la fécation ne troublent pas leur sommeil.

Un grand nombre de médicamens ayant été considérés comme *antidysentériques*, tels que l'ipécacuanha, la rhubarbe, le simarouba, le cachou, la ratanhia, le diascordium, la thériaque, la camomille, le quinquina, etc., nous devons observer qu'ils ne seront sans doute pas préférables aux moyens que nous avons indiqués dans le cas où la dysenterie serait déterminée par une inflammation telle que nous l'avons décrite. Cependant nous ne prétendons pas les proscrire, attendu que nous n'avons pas encore à opposer les fruits de notre expérience aux assertions des auteurs qui ont conseillé ces médicamens.

Tout ce que nous venons de dire du traitement de la cœcocolite aiguë et chronique doit s'appliquer à l'inflammation de l'appareil folliculaire. Nous croyons donc pouvoir terminer ici ce que nous avions à dire sur le traitement en général.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibus hypochondria elevata sunt murmurantia, dolore lumborum superveniente, his alvi humectantur: nisi flatus eruperint, aut urinæ copia prodierit. In febribus autem hæc. *Sect.* 4, *aph.* 73.

II.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

III.

In longis dysenteriis appetitus prostratus, malum; et cum febre, pejus. *Sect.* 6, *aph.* 3.

IV.

Si à dysenteriâ detento velut carunculæ secesserint, lethale est. *Sect.* 4, *aph.* 26.

V.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Sect.* 5, *aph.* 34.

VI.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.